

assistência

REDUZIR ÍNDICE DE DIAGNÓSTICOS FALSOS-POSITIVOS E FALSOS NEGATIVOS É DESAFIO PARA O CONTROLE DO CÂNCER

Todos contra o erro



No final de 2011, a presidente da Argentina, Cristina Kirchner, teve diagnosticado um suposto câncer na tireoide e foi submetida à cirurgia para retirada da glândula. Depois da operação, no início deste ano, exames constataram que o órgão não apresentava sinais de células cancerígenas. O erro no diagnóstico revela que, mesmo um exame de excelente qualidade técnica, avaliado por um especialista em radiologia, não garante 100% de certeza sobre um nódulo ou lesão ser ou não maligno. Exatamente por isso, sempre que há a suspeita de câncer, é feita biópsia de parte do tumor.

O caso de Cristina Kirchner mostrou também que o diagnóstico equivocado de câncer, conhecido como falso-positivo, é mais comum do que se imagina. Para minimizar o problema – e também a situação inversa, de falsos-negativos, quando o resultado do exame não aponta um tumor existente – o Ministério da Saúde começa a colocar em prática al-

gumas medidas estratégicas. Uma delas é a implantação do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia, que passou a ser oferecido aos estados em 2011 e que será obrigatório a partir de janeiro de 2013 em todo o país (portaria nesse sentido foi publicada em março). A metodologia assegura que a dose de radiação, a imagem radiológica e a interpretação das mamografias estejam em conformidade com padrões internacionais de qualidade.

Em julho do ano passado, o Ministério da Saúde também criou uma força-tarefa para investigar a qualidade dos laboratórios de citotecnologia, que analisam o exame papanicolaou, para rastreamento do câncer do colo do útero. O relatório com os resultados do trabalho deve ser divulgado ainda este semestre. A preocupação com a qualidade das mamografias e do exame papanicolaou se justifica. São eles que identificam dois dos tipos mais comuns de neoplasia entre as mulheres: o câncer de mama e o do colo do útero, respectivamente. O papanicolaou, na verdade, é capaz de detectar também lesões precursoras do câncer do colo do útero – com 100% de chance de cura, impedindo o desenvolvimento do tumor – e a infecção por HPV, vírus que está associado a, pelo menos, 70% dessas neoplasias, cortando pela raiz a possível evolução para o câncer.

As medidas tomadas pelo Governo têm razão de ser. No caso específico dos exames por imagem, o percentual de diagnósticos equivocados é preocupante. De acordo com o Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), a literatura médica aponta que a ressonância magnética registra índice de 95% de precisão. Ou seja: ocorre um falso-positivo ou falso-negativo a cada 20 exames. Já, na mamografia, o índice de falsos-negativos fica em torno de 10%. “A mamografia e o ultrassom estão amplamente disponíveis no Sistema Único de Saúde. Já a ressonância magnética está disponível para as pacientes do SUS apenas em alguns estados”, esclarece João Emílio Peixoto, integrante do Serviço de Qualidade em Radiações Ionizantes do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e da Comissão de Qualidade em Mamografia do CBR.

Para Ronaldo Correa, oncologista da Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica do INCA, no caso da mamografia, os diagnósticos falsos estão relacionados, muitas vezes, à má qualidade do exame. “A mamografia se constitui num processo com diversas etapas. O técnico posiciona a paciente no equipamento e radiografa a mama. A imagem é revelada e analisada por um médico, que emite

o laudo com o diagnóstico. Uma falha em qualquer etapa pode ocasionar erro. Por isso, é preciso manter um padrão de qualidade e um limite máximo aceitável de falsos diagnósticos”, diz o especialista.

Na opinião de Ronaldo, é possível minimizar o percentual de falsos diagnósticos nos exames de imagem. Para isso, é necessário aprimorar todo o método de trabalho. “Se determinada clínica registra um número elevado de falsos diagnósticos, é preciso analisar ponto por ponto da cadeia, para saber onde está ocorrendo a falha. É preciso verificar se o equipamento da clínica está em bom estado, se técnicos e radiologistas estão atualizados e trabalham corretamente, se a processadora que revela o filme é de boa qualidade...”, enumera o oncologista.

A radiologista Ellyete Canella, médica do INCA, explica que o falso-positivo relacionado ao câncer de mama ocorre, em geral, porque a mamografia pode revelar diversas lesões – algumas facilmente identificáveis como benignas, outras não. “O resultado falso-negativo é mais complexo porque pode ocorrer em 10% dos exames – índice bastante elevado. Nesses casos, o tumor pode não ser identificado por diversas razões. Por exemplo, por se confundir com uma glândula, ou por estar situado em uma região superior, próximo ao tórax. Há ainda o fator humano, quando o médico não percebe a lesão”, ressalta.

Ellyete reconhece que evitar falsos-positivos é um desafio, pois, diante da suspeita de câncer é preciso encaminhar a paciente para biópsia. “Já os casos de falso-negativo podem ser reduzidos com o aprimoramento da equipe, de forma que o profissional fique com o olho treinado para identificar os tipos de lesão, melhorando sua percepção na leitura do exame”, sugere a especialista.

João Emílio concorda. Para ele, em virtude da complexidade dos exames, a experiência do profissional pode fazer a diferença. “Alguns fatores aumentam o risco de falso-positivo na mamografia, como um processo inflamatório, que pode simular um tumor, ou lesões benignas que tenham aspecto de lesão maligna. Ou seja, algumas lesões não apresentam características que permitem diferenciá-las entre benignas e malignas, o que gera a necessidade de comprovação definitiva através da histologia”, observa.

Para o profissional, a incidência de falsos-positivos e falsos-negativos é inerente aos métodos de imagem. No entanto, João Emílio afirma que alguns procedimentos podem contribuir para minimizar os

diagnósticos equivocados. “Qualidade da imagem com o uso de equipamentos adequados, treinamento contínuo dos profissionais, correlação clínica e comparação com os demais exames anteriores são alguns deles”, exemplifica.

O elevado índice de falsos-negativos nas mamografias não se repete, por exemplo, nas ultrassonografias para investigação de possíveis casos de câncer de tireoide, que ficam em torno de 2%. Já os falsos-positivos, com o mesmo método de detecção, chegam perto de 25%, de acordo com a médica especialista em ultrassonografia Lucy Kerr.

“Para os casos quando um nódulo não tem todas as características nem de um tumor maligno nem de um benigno, são indicados exames complementares, como a elastografia. Se a elastografia apontar que o nódulo é duro, o risco de malignidade é alto e justifica a realização de biópsia”, explica a médica.

ELASTOGRAFIA É PROMESSA DE MAIOR PRECISÃO

Diante de índices ainda relativamente altos de falsos-positivos e falsos-negativos nos diagnósticos por imagem no Brasil, novos exames surgem como possibilidades para investigações mais precisas e menos invasivas nos pacientes com suspeita de câncer. É o caso da elastografia. Por meio de uma onda de compressão, a técnica avalia a rigidez do tecido, apontando a existência ou não de um tumor na região examinada. Em entrevista exclusiva à REDE CÂNCER, a médica especialista em ultrassonografia Lucy Kerr, pioneira no uso do equipamento no Brasil, explica as especificidades e vantagens do exame.

RC- A elastografia, sozinha, é suficiente para diagnosticar o câncer?

Lucy Kerr – Não, ela sempre vem acoplada à ultrassonografia ou à ressonância magnética. É uma mesma sonda que examina o paciente, mas com princípios físicos distintos. Enquanto a ultrassonografia se vale do princípio acústico, a elastografia avalia a rigidez do órgão, sua consistência. Ela mostra, por meio de imagem, o “mapa” da dureza daquele tecido.

RC- O exame é indicado para diagnóstico de câncer em qualquer parte do corpo?

LK – As principais aplicações têm sido para mama,

tireoide, próstata e fígado – mas o método também pode ser usado em outras áreas.

RC- Como é realizado o exame?

LK – O paciente fica deitado em uma maca e nós usamos a sonda de ultrassom especial, com os dois tipos de impulso, o do som, da ultra tradicional, e o compressivo, para avaliar a elasticidade do tecido. O impulso compressivo é aplicado sobre determinada parte do corpo. Quanto mais rígido o tecido estiver naquela região, maior será a velocidade de propagação desse impulso compressivo, também chamado de ‘onda de cisalhamento’.

RC- O procedimento identifica se um tumor é maligno ou benigno?

LK – Sim. Não em qualquer tipo de tumor, mas especialmente nos quatro tipos citados acima, nos quais o exame já vem sendo usado. No pulmão, não se consegue fazer ultrassonografia, já que ela não penetra no ar. Em relação à mama e à próstata, ainda não há um método de diagnóstico 100% satisfatório. Assim, quanto mais métodos existirem para investigar determinado tipo de câncer, maiores as chances de um diagnóstico correto.

RC- Quais as vantagens da elastografia em comparação com outros exames?

LK – Vale lembrar que ela é sempre combinada a algum outro exame. Se ela é feita juntamente com a ultrassonografia, de um lado aparece a imagem do ultrassom e, do outro, aparece a rigidez daquele trecho da anatomia. Então, você consegue fazer uma comparação, ponto a ponto, e descobrir qual região está endurecida, ou seja, com suspeita de tumor.

RC- O exame reduz o risco de falsos diagnósticos?

LK – Com certeza. Eu acompanhei um caso em que a paciente fez mamografia e ultrassonografia. Havia calcificações, mas não nódulos. Esses dois exames tiveram resultado negativo, na verdade, falso-negativo. Por fim, em função do risco, foi realizada a elastografia e o tumor foi descoberto. Como o diagnóstico foi precoce, a paciente foi tratada com sucesso. A elastografia tem sido muito útil pra afastar falsos -positivos, casos em que ela elimina a possibilidade de tumor.

RC- Desde quando a elastografia está disponível no Brasil?

LK – Até recentemente, nenhuma clínica no Brasil havia comprado o equipamento. Ele ainda está em desenvolvimento, não está incorporado aos procedimentos da Associação Médica Brasileira.

RC- Existe a previsão de o procedimento ser usado na rede pública?

LK – Não. O SUS prefere usar as biópsias, que são muito mais caras e invasivas. É um contrassenso. Muitos pacientes de outras regiões do país têm-me procurado em busca de um método de diagnóstico menos invasivo. E a elastografia tem dado excelen-

tes diagnósticos. Mas deve ser realizada por um profissional competente, que faça o protocolo completo do procedimento, o que é pouco comum no Brasil.

RC- Onde os profissionais podem fazer um curso para operar esse aparelho?

LK – O primeiro curso no Brasil deve acontecer em abril. Como muitos médicos brasileiros têm dificuldade de fazer o curso no exterior – seja pelo idioma, seja pelos custos –, a fabricante do equipamento vai disponibilizar a infraestrutura necessária para as aulas no Brasil. |

PLANO CONTRA DOENÇAS CRÔNICAS PREVÊ AMPLIAÇÃO DE RASTREIO

Em 2011, o Ministério da Saúde divulgou o Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (câncer, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e diabetes), em que traça metas para reduzir a incidência e mortalidade por essas doenças no Brasil.

Em relação ao câncer, o documento traz boas notícias: a variação da cobertura nacional da mamografia aumentou de 54,8% (2003) para 71,1% (2008) e a do exame papanicolaou, de 82,6% para 87,1%, no mesmo período. Outro dado relevante sobre cobertura mamográfica é o que registra que a realização do exame cresce hoje a um ritmo de 3,3% ao ano no país. A meta é passar para 4,2% ao ano, até atingir 95% de cobertura entre as brasileiras na faixa etária de 50 a 69 anos em 2022.

Ainda segundo o plano, persistem desigualdades em relação à escolaridade e a região, que precisam ser superadas. A realização de mamografias em 2009 e 2010 variou de 68,3% (mulheres com 0 a 8 anos de estudo) a 87,9% (mulheres com 12 ou mais anos de estudo). Já a realização de papanicolaou entre 2008 e 2010 oscilou de 77,8% (mulheres com 0 a 8 anos de estudo) a 90,5% (mulheres com 12 ou mais anos de estudo).

Entre as ações propostas no plano, estão “aperfeiçoar o rastreamento do câncer do colo do útero e de mama, de forma universal, para todas as mulheres, independentemente de renda e raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantir 100% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer”.

AS METAS NACIONAIS PARA OS PRÓXIMOS 10 ANOS INCLUEM:

- Implantar programas de gestão da qualidade da mamografia em 100% dos serviços que realizam esse exame para o SUS;
- Implantar programas de gestão da qualidade do exame citopatológico do colo do útero (papanicolaou) em 100% dos laboratórios;
- Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer do colo do útero para 80% ou mais em mulheres de 25 a 64 anos, em todas as regiões do país;
- Garantir tratamento em 100% de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras do câncer do colo do útero.

